

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1891

THÈSE

N°

38

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le 10 décembre 1891, à 1 heure.

Par TOLMER CHARLES

Né à Rouen, le 28 juin 1864.

DU

PNEUMOTHORAX PARTIEL INFÉRIEUR

A SYMPTOMES PÉRITONÉO-PLEURAUX

Président: M. DIEULAFOY, professeur.

Juges: MM. LABOULBÈNE, professeur.

HANOT
GILBERT } *agrégés.*

PARIS

G. STEINHEIL, LIBRAIRE-ÉDITEUR

2, RUE CASIMIR-DELAVIGNE, 2

1891

1917

1917

1917

1917

1917

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1891

THÈSE

N°

38

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le 10 décembre 1891, à 1 heure.

Par TOLMER CHARLES

Né à Rouen, le 28 juin 1864.

DU

PNEUMOTHORAX PARTIEL INFÉRIEUR

A SYMPTOMES PÉRITONÉO-PLEURAUX

Président: M. DIEULAFOY, professeur.

Juges: MM. LABOULBÈNE, professeur.

HANOT
GILBERT } *agregés.*

PARIS

G. STEINHEIL, LIBRAIRE-ÉDITEUR

2, RUE CASIMIR-DELAVIGNE, 2

1891

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Doyen.....	M. BROUARDEL.
Professeurs.....	MM.
Anatomie.....	FARABEUF.
Physiologie.....	Ch. RICHET.
Physique médicale.....	GARIEL.
Chimie organique et chimie minérale.....	GAUTIER.
Histoire naturelle médicale.....	BAILLON.
Pathologie et thérapeutique générales.....	BOUCHARD.
Pathologie médicale.....	{ DIEULAFOY.
	{ DEBOVE.
Pathologie chirurgicale.....	LANNELONGUE.
Anatomie pathologique.....	CORNIL.
Histologie.....	MATHIAS DUVAL.
Opérations et appareils.....	TILLAUX.
Pharmacologie.....	REGNAULD.
Thérapeutique et matière médicale.....	HAYEM.
Hygiène.....	PROUST.
Médecine légale.....	BROUARDEL.
Histoire de la médecine et de la chirurgie.....	LABOULBÈNE.
Pathologie comparée et expérimentale.....	STRAUS.
	{ SEE (G.).
Clinique médicale.....	{ POTAIN.
	{ JACCOUD.
	{ PETER.
Clinique des maladies des enfants.....	GRANCHER.
Clinique des maladies syphilitiques.....	FOURNIER.
Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale.....	BALL.
Clinique des maladies nerveuses.....	CHARCOT.
	{ VERNEUIL.
Clinique chirurgicale.....	{ LE FORT.
	{ DUPLAY.
	{ LE DENTU.
Clinique ophtalmologique.....	PANAS.
Clinique des voies urinaires.....	GUYON.
Clinique d'accouchements.....	{ TARNIER.
	{ PINARD.

Professeurs honoraires : MM. SAPPEY, HARDY, PAJOT et RICHET

Agrégés en exercice.

MM.	MM.	MM.	MM.
BALLET.	FAUCONNIER.	MAYGRIER.	REYNIER.
BAR.	GILBERT.	NÉLATON.	RIBEMONT-DESSAIGNE.
BLANCHARD.	GLEY.	NETTER.	RICARD.
BRISAUD.	HANOT.	POIRIER, Chef des travaux anatomiques.	ROBIN (Albert).
BRUN.	HUTINEL.	POUCHET.	SCHWARTZ.
CAMPENON.	JALAGUIER.	QUENU.	SECOND.
CHANTEMESSE.	KIRMISSON.	QUINQUAUD.	TUFFIER.
CHAUFFARD.	LETULLE.	RETTÉTERER.	VILLEJEAN.
DEJERINE.	MARIE.		WEISS.

Secrétaire de la Faculté : M. PUPIN.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'École a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE
MONSIEUR LE PROFESSEUR DIEULAFOY

A MA MÈRE

A MON FRÈRE

DU PNEUMOTHORAX PARTIEL INFÉRIEUR

A SYMPTOMES PÉRITONÉO-PLEURAUX

AVANT-PROPOS

L'idée de ce travail nous a été fournie par M. le professeur Dieulafoy. Nous ne saurions trop remercier notre éminent maître de la bienveillance qu'il nous a témoignée en nous engageant à faire notre thèse sur ce sujet et des précieux conseils qu'il nous a prodigués pendant tout le temps que nous avons pu suivre le malade qui fait l'objet de cette observation.

Nous tenons à assurer également de notre grand respect et de notre profonde reconnaissance, tous nos maîtres dans les hôpitaux :

M. Labric, médecin honoraire des enfants,

M. Gombault, médecin de l'hôpital Beaujon,

M. Pozzi, chirurgien de l'hôpital Pascal,

M. Pinard, professeur à la Maternité Baudelocque.

Nous voulons aussi exprimer toute notre gratitude à M. le docteur R. Blache pour les conseils affectueux qu'il

nous a donnés au début de nos études médicales et l'intérêt qu'il n'a cessé de nous porter.

Nous remercions tout particulièrement notre excellent ami Paul Charrier, interne des hôpitaux, pour la bienveillance et l'affection qu'il nous a toujours témoignées.

INTRODUCTION

Ainsi que l'indique le titre que nous avons donné à notre travail, notre intention est de présenter l'observation d'un malade atteint d'un pneumothorax partiel inférieur ; mais d'un pneumothorax présentant ceci d'intéressant qu'il a donné lieu pendant une période assez longue à tous les symptômes d'une péritonite. Le fait nous avait frappé, les recherches qu'il nous a donné l'occasion de faire nous ont montré que tout en n'étant pas une affection rare le pneumothorax partiel inférieur était très peu souvent signalé par les auteurs. Pourquoi ? peut-être, comme le dit M. le professeur Jaccoud, parce que souvent on ne sait pas le trouver.

En tout cas, jamais nous ne l'avons vu signalé avec les symptômes qu'il nous a été donné d'observer chez le nôtre.

La plupart des observations qui ont été publiées offrent ceci de particulier ; c'est qu'elles sont toutes prises sur des malades chez lesquels une inflammation du péritoine péri-diaphragmatique avait donné lieu à des symptômes cliniques simulant l'existence d'une inflammation de la plèvre péri-diaphragmatique avec ou sans épanchement gazeux. En d'autres termes les auteurs n'ont pas, à proprement parler, décrit le pneumothorax inférieur, ils ne s'en sont pour la plupart occupés que pour le différencier des affections péritonéales qui le simulent, ils insistent sur les difficultés du diagnostic dans les affections du péritoine supérieur don-

nant naissance à des épanchements purulents ou gazeux sous-phréniques qui se sont traduits par des signes physiques analogues au pneumo ou au pyopneumothorax sus-phrénique et c'est incidemment alors qu'ils traitent de ce dernier.

Pour nous au contraire nous n'avons nullement en vue de reprendre la question des faux pneumothorax ou abcès gazeux sous-phréniques de Debove, l'histoire de notre malade, en effet, présente en sens contraire une erreur analogue ; atteint de pleurésie ancienne et sèche il a fait dans une loge d'adhérences pleurales une perforation qui a donné naissance à un pneumothorax partiel situé entre la base concave du poumon droit et la voûte convexe de la portion droite du diaphragme.

Ainsi que nous le montrerons dans notre résumé anatomique l'existence d'une région qui appartient à la fois au péritoine et à la plèvre permet de comprendre que les troubles pathologiques que l'inflammation de l'une ou de l'autre des séreuses fait naître peuvent être soit des symptômes péritonéo-pleuraux soit des symptômes pleuro-péritonéaux, il est donc aussi intéressant de faire la part de ce qui revient au péritoine dans les maladies de la plèvre que de ce qui revient à la plèvre dans les maladies du péritoine diaphragmatique.

Tout dans l'histoire de notre malade autorisait à faire le diagnostic de péritonite, tandis que dans les cas de Leyden tout autorisait à faire le diagnostic contraire.

Or l'intérêt du diagnostic pneumothorax vrai et non de péritonite sous-phrénique ne réside pas seulement dans une question didactique.

Le diagnostic entraîne en effet avec lui le pronostic ; comme on peut s'en convaincre en lisant les observations d'abcès sous-phrénique ou de péritonite diaphragmatique le pronostic est presque toujours fatal. Au contraire dans le cas qui nous occupe et dans les cas analogues en prouvant l'existence du pneumothorax nous affirmions la bénignité relative du pronostic.

Définition. — Historique.

Avant d'entrer dans le cœur même de notre sujet, il nous a paru intéressant de faire en peu de mots l'historique du pneumothorax partiel inférieur.

C'est Gueneau de Mussy, le premier, qui en parle en termes suffisamment explicites comme complication des pleurésies purulentes diaphragmatiques, il lui donne le nom de pneumothorax circonscrit.

C'est le terme dont se sert également Jaccoud dans sa pathologie interne en 1879.

Fernet dans l'article Plèvre du nouveau *Dictionnaire de médecine et de chirurgie pratiques* dit que quelquefois « l'épanchement qui constitue le pyopneumothorax, est enkysté comme cela arrive à la suite des pleurésies interlobaires ou diaphragmatiques » etc.

Widal également dans le *Dictionnaire encyclopédique des sciences médicales* se sert du terme de pneumothorax enkysté.

En somme, c'est Jaccoud qui le premier l'a baptisé du nom de pneumothorax partiel, dans ses cliniques de la Pitié de 1884. Une de ses leçons est consacrée à l'analyse d'un cas de pneumothorax partiel, et à ce propos est indiquée nettement la méthode à suivre pour l'examen de la poitrine ; il fait le diagnostic complet et cite une série d'observations qui en réalité, sont les premières nettement rédigées.

Depuis, tous ceux qui se sont occupés de la question n'ont pu que le citer.

Nous pouvons signaler encore la thèse d'Handjian en 1888, dans laquelle l'auteur consacre le nom donné par Jaccoud.

D'après Handjian il résulte de l'analyse des faits que le pneumothorax, atteint avec une fréquence à peu près égale les deux côtés de la poitrine, que, outre le gaz il existe toujours du liquide et a peu près constamment du pus. De plus, pour cet auteur, la caractéristique anatomique du pneumothorax partiel inférieur, réside dans l'existence d'une symphyse pleuro-pulmonaire faisant adhérer solidement la partie supérieure du poumon à la paroi thoracique.

Le début symptomatique, ajoute-t-il, est généralement brutal ; à l'origine des observations on trouve presque constamment signalée une douleur aiguë avec sensations de déchirure intra-thoracique survenue à l'occasion d'un mouvement brusque ou d'un effort de toux. Cependant les accidents de l'insuffisance aiguë du poumon pour employer le mot de Vintrich sont ici moins marqués que dans le pneumothorax total en raison même de la limitation de l'épanchement.

La dyspnée est accrue mais il est exceptionnel d'observer cette orthopnée avec cyanose de la face, petitesse du pouls, refroidissement des extrémités qui accompagnent si souvent le début du pneumothorax total.

Là s'arrête tout ce que nous avons pu retrouver comme travaux cliniques et observations sur le pneumothorax partiel inférieur.

Ainsi que l'on peut s'en convaincre et comme nous l'a-

vons déjà dit, aucun des malades cités par des auteurs n'a présenté les symptômes spéciaux de péritonite que nous avons constatés.

Il nous a donc paru intéressant de faire un parallèle aussi complet que possible entre les affections péritonéales à symptômes pleuraux et notre pneumothorax partiel inférieur qui n'est autre chose qu'une affection pleurale à symptômes péritonéaux.

Nous avons donc recherché tous les travaux qui traitent des péritonites sous-phréniques, des abcès de la même région, en un mot de toutes les affections abdominales qui ont pu à un moment donné et qui ont été envisagées par erreur comme d'origine pleurale.

Nous n'avons pas voulu en effet qu'on nous fasse le reproche de méconnaître les faux pneumothorax ou qu'on nous accuse d'avoir décrit sous le titre de notre travail un faux pneumothorax méconnu.

Nous ne pouvons mieux faire que de citer encore à ce propos, le nom de M. le professeur Jaccoud, qui dans ses cliniques de la Pitié nous donne la statistique d'un certain nombre de cas observés jusqu'à lui, soit d'hydropneumothorax ayant eu une origine abdominale, soit d'abcès sous-phréniques, de kystes du foie ou de péri-hépatite suppurée ayant donné lieu à tous les symptômes du pneumothorax.

Nous reproduisons sa statistique en donnant quelques détails sur chacun des cas dont il fait mention, détails que nous avons puisés en nous reportant aux observations signalées par M. Jaccoud.

1874. — Rigal. — Péri-hépatite suppurée primitive avec formation d'un énorme abcès fétide, situé entre la face in-

férieure du diaphragme et la face supérieure du foie et ayant donné lieu à tous les signes d'un hydropneumothorax. (*Bull. Soc. méd. des hôp.*, 1874.)

Dans cette observation ce sont les symptômes pulmonaires qui seuls du vivant du malade ont attiré l'attention.

1877. — Eisenlohr. — Absès entre le foie et le diaphragme contenant de l'air.

Jeune femme presque dans le collapsus au moment de son entrée à l'hôpital, signes de péricardite et de pleurésie gauche avec râles sous-crépitants, isochrones aux mouvements du cœur et du poumon dans la région postéro-inférieure du thorax, vomissements, délire, mort le lendemain. A l'autopsie on trouve un énorme abcès entre le foie et le diaphragme, la plèvre et le péricarde sont sains.

Dans un 2^e cas du même auteur, un abcès situé entre le foie et le diaphragme a donné lieu à un véritable pneumothorax par pénétration du gaz à travers le diaphragme dans la plèvre. (Berlin, *Klin. Woch.*, 1877).

1877. — Pfuhl. — Faux pneumothorax.

Une jeune fille présente tous les signes d'un pneumothorax, la malade meurt pendant une ponction faite avec l'appareil Potain ; à l'autopsie, on découvre un sac purulent limité en haut par le diaphragme, à gauche par le ligament suspenseur, en bas par la surface supérieure du lobe droit du foie, en dehors et en avant par des adhérences avec la paroi abdominale et le duodénum. (Virchow's *Jahresh.*, 1877).

1879. — Cossy, 2 cas (*Arch. gén. de méd.*, 1879) sur le pneumothorax engendré par des gaz provenant du tube digestif.

1879. — Leyden, 3 cas.

1881. — Yaffé, 1 cas.

Il est un autre groupe de cas dans lesquels la cavité thoracique est également intéressée secondairement par un travail pathologique d'origine abdominale, c'est une vomique alors qui attire l'attention, on fait le diagnostic de pleurésie purulente alors qu'on a affaire à un abcès sous-phrénique.

La distinction à établir entre le pneumothorax sous-phrénique et les abcès phréniques appelés encore pyothorax par Sheurlen est la suivante.

Le pyopneumothorax est un abcès gazeux, développé à la suite d'une affection d'un des organes abdominaux, estomac, duodénum, foie, intestin, cœcum, etc., et dont l'existence est liée ordinairement à la perforation d'un de ces organes.

L'abcès sous-phrénique au contraire, et Ramadan dans une thèse récente (juillet 1891) a insisté sur cette différence, peut être défini suivant M. le professeur Jaccoud « un foyer de suppuration sous-diaphragmatique sans communication avec le tube digestif et ne donnant pas lieu à la formation de gaz ».

M. le professeur Jaccoud en cite 9 cas dont 2 personnels.

Taylor. — *Cases of abscess between the diaphragm and the liver*, 2 cas (*Guy's hosp. Rep.* 1874).

Féréol. — Hépatite suppurée chez un sujet ayant habité l'Algérie. Abcès hépato-péritonéal, opération d'empyème à travers le diaphragme soudé à la paroi costale, double pleu-

résie de voisinage, difficultés du diagnostic, autopsie (*Union médic.*, 1875).

Rendu. — Collection purulente enkystée entre le foie et le diaphragme, ponction, ouverture consécutive dans les bronches mort (*Lyon médical*, 1875).

Waters. — *Two cases of perihepatic abscess bursting through the right lung.* (*British med. Jour.*, 1877).

Paetsh. — *Subphrenisher abscess Heilung durch operation* (Charité, ann. 1882).

Voici résumé un des cas d'abcès sous-phrénique de M. le professeur Jaccoud.

Un homme de 31 ans, entre à l'hôpital Lariboisière le 27 janvier 1881.

Il est délicat, chétif, tousse l'hiver, n'a jamais craché le sang. Depuis quatre mois, à la région épigastrique, douleurs profondes constrictives.

Au début, vomissements peu abondants.

Depuis lors le malade perd ses forces, maigrit, tousse, ressent dans les deux côtés de la poitrine des douleurs vagues et erratiques.

Au moment de son entrée à l'hôpital on constate : tuberculose initiale des deux poumons, adhérences costo-diaphragmatiques gauches, péritonite tuberculeuse sus-ombilicale dans la région épigastrique et dans l'hypochondre gauche. Le lendemain de l'entrée, état grave. Mort. Autopsie. Abcès sous-phrénique, perforation du diaphragme, pleurésie purulente.

En 1886, la thèse de Deschamps sur la péritonite périhépatique vient apporter un nouveau contingent de faits de ce genre.

Aux faits cités par Jaccoud, il en ajoute de nouveaux personnels et relate entre autres un cas de Williams en 1845 (*London med. Gazette*), perforation du colon ayant occasionné un abcès sous-diaphragmatique ; un autre de Bouchaud présenté à la Société anatomique en 1862 (perforation duodénale donnant lieu à tous les signes d'un pneumothorax droit).

Depuis, la littérature médicale s'est enrichie d'un certain nombre de faits nouveaux que l'on trouve relatés dans diverses revues soit françaises soit étrangères.

Dans la *Semaine médicale* de 1888 nous trouvons signalée l'observation suivante de M. Andrew Smart. Un enfant de 15 ans souffrait depuis deux mois de douleurs dans l'abdomen et le thorax, outre l'émaciation et la fièvre hectique on constatait du tympanisme et une diminution des mouvements respiratoires à la partie inférieure droite de la poitrine, le frémissement faisait défaut ainsi que le murmure respiratoire ; une ponction exploratrice dans la zone tympanique donna issue à une petite quantité de gaz fétide et à du pus. Quelques jours après on pratiqua une incision et on évacua l'abcès qui passait en arrière du rein droit et atteignait la fosse iliaque. Le malade guérit. Abcès résultant d'une péri-typhlite. Dans la séance du 18 mars 1889 à la Société de médecine interne de Berlin, M. Scheurlein relate deux observations d'abcès sous-diaphragmatiques :

Un chez une jeune fille atteinte d'ulcère de l'estomac, suppuration autour de la rate, thoracotomie, drainage, mort par péritonite.

Un autre chez une jeune fille également atteinte d'ulcère

de l'estomac, collection de pus entre la rate et le diaphragme, maladie guérie.

En y comprenant ces deux observations il a pu réunir trente-quatre cas de pyothorax hypo-phréniques.

13 étaient des pyopneumothorax.

21 des pyothorax purs.

15 étaient à gauche et 19 à droite, chez 17 le diagnostic fut porté, 6 guérirent dont 5 par opération.

Causes — 11 fois ulcère de l'estomac,
4 fois ulcère du duodénum,
6 fois appendicite,
3 fois traumatisme suivi d'hémorrhagie,
3 fois abcès du foie,
2 fois abcès de la rate,
1 fois cancer de l'estomac,
1 fois épingle à cheveux dans les voies digestives,
3 fois la cause ne put être reconnue.

21 mars 1890 (V. Antonoff, *Gaz. clin. de Botkine*).

Une jeune fille de 25 ans contracte une fièvre typhoïde à forme ambulatoire ; vu la légèreté des symptômes la malade ne se soigne pas et est prise brusquement d'une péritonite généralisée.

Au bout de 8 jours toux violente, expectoration fécaloïde.

On constate d'abord les signes de l'infiltration de la base du poumon gauche et bientôt après un pyopneumothorax du même côté.

Autopsie. — Perforation intestinale au niveau d'une ul-

cération typhique sur la paroi postérieure du côlon ascendant, perforation du diaphragme.

Enfin plus récemment à la Société médicale des hôpitaux, dans la séance du 24 octobre 1890, M. le Professeur Debove en son nom et au nom de M. Remond de Metz communique l'observation d'une malade atteinte d'un abcès sous-diaphragmatique résultant de la perforation d'un ulcère de l'estomac.

Cette observation du reste a fourni à Ramadan le sujet d'une thèse toute récente (juillet 1891) sur le pyopneumothorax sous-phrénique.

« Il s'agit d'une femme de 33 ans qui trois ans auparavant avait eu des douleurs gastralgiques intenses accompagnées d'hématémèses et de *melœna* ; sous l'influence du régime lacté elle parut guérir, mais il y a six semaines environ elle eut une nouvelle hématémèse accompagnée de douleurs vives au niveau de l'appendice xyphoïde et de la onzième vertèbre dorsale. A son entrée à l'hôpital on constata une convexité exagérée dans la partie correspondant au lobe gauche du foie ; croyant l'estomac distendu par des gaz on le lava, la distension ne diminua pas et cependant la tumeur gazeuse semblait bien avoir pour siège cet organe.

Sur ces entrefaites un examen attentif de la tuméfaction ayant permis de percevoir à sa limite inférieure une sorte de bourrelet, on pratiqua à ce niveau une ponction exploratrice avec la seringue de Pravaz ; il s'écoula des gaz très fétides et une goutte de pus ; on fit alors une ponction avec l'appareil de Potain puis une incision de six centimètres qui donna issue à un litre de pus. Un drain fut placé dans l'abcès, lequel fut lavé quotidiennement avec de l'eau boriquée.

Peu à peu la cavité purulente se rétrécit et six semaines après la malade était guérie. »

Nous avons tenu à faire cet historique afin de faire ressortir les différences d'examen et d'évolution que l'on observe d'une part dans le pneumothorax inférieur, d'autre part dans les collections purulentes sous-phréniques.

M. le Professeur Debove insiste avec raison sur ce qu'il y a d'illogique, d'incertain dans l'étiquette de thoracique appliquée à des faits qui sont manifestement d'origine abdominale ; mais il est un point sur lequel tous les auteurs qui ont écrit sur les abcès sous-phréniques n'ont pas à nos yeux suffisamment insisté, c'est justement sur ce fait que dans ces cas on a eu une tendance réelle à considérer comme une affection pleurale ce qui après tout était une affection péritonéale. Dans tous les cas que nous rapportons, il n'y a pas eu ou il y a eu peu de symptômes péritonitiques. La douleur, la dyspnée, l'angoisse, tels sont les troubles fonctionnels que l'on trouve constamment signalés et il n'y a ni tympanisme, ni ballonnement du ventre, ni hoquet, etc. ; enfin comme il est aisé de le voir, sauf le cas du Professeur Debove, presque tous les autres se sont terminés par la mort dans un délai rapide et voilà à nos yeux une différence capitale qui doit aider singulièrement au diagnostic.

Comme nous le répétons, il nous a paru utile de faire connaître aussi complètement que possible l'histoire des faux pneumothorax et des abcès sous-phréniques pour aider à les différencier du pyopneumothorax inférieur dont nous nous occupons ici.

Anatomie du diaphragme.

Le diaphragme est un muscle situé entre la cavité thoracique et la cavité abdominale : c'est un muscle impair et digastrique, qui est en réalité formé par un grand nombre de petits muscles digastriques dont les deux ventres charnus s'insèrent sur deux points opposés de la circonférence du thorax.

La partie intermédiaire tendineuse répond à l'axe du tronc et c'est l'ensemble de tous les tendons entrecroisés de chacun des petits muscles digastriques qui la forment : cette partie intermédiaire c'est le centre aponévrotique. Ainsi que son nom l'indique, le diaphragme est une cloison dont le développement mal connu semble être contemporain de celui du cœur et des gros vaisseaux, il vient donc former chez l'embryon comme une limite, et séparer la grande cavité pleuro-péritonéale en deux cavités secondaires : la cage thoracique et la cavité abdominale ; mais si la cavité abdominale est une, chaque plèvre constitue dans la cage thoracique une cavité pleurale particulière et elles sont séparées l'une de l'autre par l'espace connu sous le nom de médiastin.

N'ayant pas l'intention de décrire d'une façon didactique le diaphragme, les livres classiques l'ayant fait avant nous, nous voulons seulement envisager cette région mi-toyenne qui constitue le diaphragme ; il faut la considérer :

1° Par sa face supérieure ou thoracique ;

2° Par sa face inférieure ou abdominale.

Par sa face thoracique, si par la pensée nous faisons abstraction des organes qui reposent sur cette face, nous voyons qu'elle comprend trois parties, deux latérales et une médiane : les deux latérales sont pleines et aucun orifice visible à l'œil nu ne les fait communiquer avec la partie inférieure ; ce sont ces parties qui méritent à proprement parler le nom de faces pleurales car elles sont recouvertes dans toute leur étendue par le feuillet pariétal de la plèvre costale, nous examinerons plus tard l'intéressante disposition de la plèvre à ce niveau et le cul-de-sac qu'elle constitue en se réfléchissant de la face interne des côtés sur les insertions du diaphragme et sur sa face convexe.

La partie médiane est au contraire essentiellement un lieu de passage ; elle forme la paroi inférieure de ce que l'on décrit en anatomie sous le nom de médiastin : A l'union du tiers postérieur et des deux tiers antérieurs de cette portion du diaphragme qui en avant est limité par l'appendice xyphoïde et en arrière par les vertèbres lombaires se trouve une séparation constituée par l'insertion du ligament du poumon qui vient se poser perpendiculairement sur le diaphragme et divise cette région médiastine de la face supérieure du diaphragme en un médiastin antérieur et en médiastin postérieur. En avant du ligament du poumon le médiastin antérieur reçoit le cœur et son péricarde, la veine cave inférieure traverse le diaphragme et forme le seul orifice de la partie antérieure du diaphragme médiastinique, derrière le ligament du poumon se trouvent tous les autres orifices qui livrent passage à l'œsophage, à

l'aorte, au pneumogastrique, au grand sympathique.

La face inférieure ou péritonéale est recouverte par le péritoine sauf au niveau du ligament coronaire lequel laisse entre ses deux feuillets un intervalle assez grand pour permettre au bord postérieur du foie d'entrer en contact immédiat avec le diaphragme qui est à ce niveau dépourvu de séreuse.

Les divisions du nerf phrénique droit rampent à ce niveau sur la face inférieure du muscle. On peut donc admettre que cette face inférieure ou péritonéale présente elle aussi trois parties : deux latérales, celle de droite qui recouvre le foie, celle de gauche l'estomac et la rate et enfin une partie médiane dite région épigastrique au niveau de laquelle le foie et l'estomac entrent en contact et répondent à travers le diaphragme au bord droit du cœur et au médiastin antérieur ; au-dessous du foie et de l'estomac se trouve la région qui correspond au médiastin postérieur et où l'on rencontre les insertions du diaphragme par les piliers sur la colonne vertébrale et les gros vaisseaux tels que l'aorte qui passe au-dessous et derrière le péritoine.

Toutes ces notions étaient nécessaires pour nous permettre de décrire dans une vue d'ensemble au diaphragme : 1° une portion droite péritonéo-pleurale ou pleuro-péritonéale à travers laquelle la base du poumon droit repose sur le foie ; 2° une portion gauche également péritonéo-pleurale où la base du poumon gauche repose toujours par son intermédiaire sur la grosse tubérosité de l'estomac et enfin une région moyenne que nous appellerons médiastine-péritonéale qui est la voie d'élection pour le passage des liquides pathologiques, pour les propagations de abcès par

congestion ; de même qu'elle constitue le chemin que suivent les vaisseaux et les nerfs pour aller du thorax à l'abdomen : dans les régions latérales il est un rapport que l'on doit bien connaître au point de vue spécial qui nous occupe, c'est celui du cul-de-sac pleural inférieur et du sinus costo-diaphragmatique.

Ce cul-de-sac pleural descend sur les parties latérales de la colonne vertébrale à 1 centimètre et 1 centimètre $1/2$ au-dessous de la 12^e côte, de là obliquement en bas et en dehors presque horizontalement arrive à 5 ou 6 centimètres de la ligne médiane, la séreuse est de nouveau masquée par la 12^e côte qui est très oblique, elle traverse obliquement la face antérieure de cette côte, le dernier espace intercostal et atteint la 11^e côte à 10 ou 15 centimètres de la ligne médiane à partir de ce point, l'extrémité antérieure de la 11^e côte, la ligne de réflexion de la plèvre suit les insertions du diaphragme aux côtes en prenant une direction d'abord horizontale puis obliquement ascendante ; de sorte qu'en avant la séreuse jusqu'au moment où elle atteint le sternum se réfléchit sur une ligne oblique qui passe au niveau de la face interne des six dernières côtes ; d'ailleurs on sait que tous ces rapports varient suivant l'état d'expiration et l'état d'inspiration et que d'après Cruveilhier le point le plus élevé que puisse atteindre la convexité du diaphragme répond à droite à la 4^e côte, à gauche à la 5^e.

Il est donc facile de voir combien les organes de la cavité abdominale qui sont en rapport avec le diaphragme, c'est-à-dire le foie, la 3^e portion du duodénum, le pancréas, les reins, les capsules surrénales, les ramifications du plexus solaire sont en rapport avec la cage thoracique et la plèvre,

il en est de même pour l'estomac, la rate à gauche ; d'où ces déductions que nombre de collections péri-rénales, péri-hépatiques, péri-spléniques ont de la tendance à fuser vers la plèvre, d'où également la fréquence des pleurésies droites dans les lésions du foie (cirrhose, etc.), enfin le rapport intime du péricarde avec la partie antérieure de la région moyenne et supérieure ou médiastino-péritonéale du diaphragme explique dans les affections du péricarde, dans les hypertrophies cardiaques les battements du cœur à l'épigastre.

Les voies de circulation veineuse et lymphatique sont communes par leur terminaison à la face supérieure et à la face inférieure.

Les stomates de Reicklinhausen, les ganglions lymphatiques où se terminent les vaisseaux du diaphragme expliquent comment toutes les affections de la séreuse péritonéale d'origine microbienne ont une tendance à retentir sur les séreuses du thorax, plèvre et péricarde ; c'est ainsi que dans la tuberculose de la plèvre, il est si fréquent de trouver des granulations sur le péritoine ; c'est ainsi également que la granulie du péritoine n'a pour ainsi dire jamais été constatée à l'état isolé ; de même et toujours à cause du caractère de mitoyenneté de la région qui nous occupe a-t-on vu certaines affections de l'estomac, comme l'ulcère, retentir sur le diaphragme et parfois amener la perforation et la production de pneumothorax ou de pleurésie ; de même le rapport de l'estomac avec le cul-de-sac pleural inférieur est-il utilisé pour le diagnostic des épanchements de la cavité pleurale gauche ou tout au moins pour le diagnostic de la capacité de l'épanchement. On sait en effet que

l'espace de Traube ne disparaît que dans les grands épanchements pleuraux.

Enfin toute la pathologie douloureuse et mieux tous les troubles fonctionnels de la région reconnaissent pour origine l'irritation des terminaisons nerveuses du nerf phrénique ou diaphragmatique.

C'est pourquoi nous avons donné à sa description anatomique presque autant d'importance qu'à celle du muscle lui-même.

En effet la névralgie diaphragmatique, la dyspnée, le hoquet, la douleur atroce hors de proportion avec les signes physiques, le ballonnement du ventre, l'abaissement du foie, les vomissements, etc. sont autant de symptômes qui trouvent leur explication dans les rapports de voisinage qui existent entre la plèvre et le péritoine ainsi que dans la communauté d'origine de l'innervation de la plèvre sous-diaphragmatique et du péritoine sous-phrénique.

Anatomie et physiologie du nerf phrénique.

Le nerf phrénique ou diaphragmatique a pour origine la branche antérieure de la quatrième paire cervicale à laquelle se joignent deux autres rameaux, l'un provenant de la troisième et l'autre de la cinquième paire cervicale ; assez souvent mais d'une façon inconstante à ces trois branches d'origine s'ajoutent : 1° un filet de l'anse hypoglosse ; 2° une branche de la 6^e paire cervicale.

A partir de son origine, le nerf phrénique descend presque verticalement au-devant du bord antérieur du scalène antérieur, se place entre la veine et l'artère sous-clavière et pénètre dans le thorax par l'orifice supérieur de cette cavité.

La portion thoracique diffère un peu dans son trajet suivant qu'on la considère à droite ou à gauche.

Le nerf phrénique droit, un peu plus court que le gauche se trouve placé jusqu'à la 2^e côte entre la face postérieure de la veine cave supérieure et le feuillet droit du médiastin puis s'accole au péricarde contre lequel il est maintenu ; c'est alors qu'il est situé en arrière de l'oreillette droite, entre les orifices de la veine cave supérieure et inférieure, il pénètre ensuite dans le diaphragme à la partie externe du trou quadrilatère.

Le gauche longe le tronc veineux brachio-céphalique jusqu'à la 2^e côte, chemine alors entre la plèvre et le cœur, dont il contourne le bord gauche plus près de la partie pos-

térieure de ce bord que de la partie antérieure ; à la partie moyenne de la pointe du cœur il passe en arrière pour pénétrer dans le diaphragme ; exclusivement destiné au diaphragme, le nerf phrénique ne donne aucune branche, ni au cou ni au thorax, il ne fournit que quelques rameaux anastomotiques, dont l'existence, le plus souvent fondée sur la physiologie n'a bien été étudiée que par Luschka.

Quoi qu'il en soit, ce qu'il nous importe de connaître c'est la façon dont les nerfs phréniques se distribuent au diaphragme, or ils se comportent différemment suivant qu'on les étudie à droite ou à gauche.

Le nerf phrénique droit se porte un peu plus en arrière, mais plus près de la ligne médiane que le gauche.

La division des nerfs en rameaux terminaux se fait avant leur entrée dans le diaphragme.

A environ deux centimètres de la face supérieure de ce muscle, à droite le nerf phrénique donne ordinairement deux branches d'inégal volume, une antérieure et une postérieure ; la postérieure gagne le pilier droit, se ramifie à la partie voisine des parois c'est le phrénico-abdominal, droit.

Le nerf phrénique gauche se divise à la partie postérieure de la pointe du cœur et s'épanouit dans le muscle en cinq ou six rameaux d'épaisseur variable ; un de ces rameaux innerve le pilier gauche c'est le phrénico-abdominal gauche.

Aussitôt après leur entrée dans la substance musculaire, les rameaux gagnent la face interne et se subdivisent en ramifications nombreuses ; ces rameaux forment des plexus à mailles allongées qui séparent les gros faisceaux musculaires et leur envoient de nombreuses fibres nerveuses et

dans ces divisions périphériques il s'établit des anastomoses entre les nerfs phréniques des deux côtés.

La plupart des anatomistes français ont envisagé d'une façon différente la terminaison de ce nerf dans le diaphragme (Blandin, Cloquet, Cruveilhier, Beaunis); ils divisent les branches terminales du phrénique en deux groupes : 1° les rameaux supérieurs ou sous-pleuraux distingués par Sappey « en interne qui se distribue à la partie médiane du diaphragme, en antérieur qui se ramifie dans sa partie antérieure latérale et postéro-externe destiné à la partie correspondante du muscle » ; 2° les rameaux inférieurs ou sous-péritonéaux qui, traversant le diaphragme cheminent à la face externe du péritoine et donnent des filets nerveux à la portion costale du diaphragme puis aux piliers, aux plexus et ganglion diaphragmatique et au plexus solaire.

Suivant Luschka les plèvres costales médiastines et diaphragmatiques reçoivent leurs nerfs du phrénique et du grand sympathique, la plèvre diaphragmatique reçoit des filets grêles provenant des rameaux sous-pleuraux.

Bourgery a le premier décrit comme origine des nerfs du péritoine qui revêt le diaphragme les nerfs phréniques conjointement avec les branches sympathiques du plexus solaire et du plexus diaphragmatique ; suivant Luschka les ramifications du nerf phrénique au péritoine proviennent des divisions musculaires mais aussi des branches qui se distribuent aux replis ligamenteux du péritoine qui unissent le foie au diaphragme dans l'espace triangulaire circonscrit par les deux insertions musculaires du diaphragme au bord du sternum on trouve des fibres nerveuses qui

provenant du rameau diaphragmatique antérieur se distribuent sous le péritoine jusqu'à l'ombilic.

Physiologie.

D'une série d'expériences faites au moyen de sections de la moëlle cervicale, par nombre de physiologistes parmi lesquels il convient de citer Lorry, Longet, Brown-Sequard, Schiff, Vulpian, P. Bert, il ressort que le phrénique est le véritable, le principal nerf moteur du diaphragme.

D'autre part, quand on pratique la résection, la ligature ou l'arrachement de ce nerf chez un animal, celui-ci éprouve manifestement une vive douleur et fait des mouvements de défense, le phrénique est donc sensitif en même temps que moteur; on connaît les douleurs du rhumatisme et de la névralgie diaphragmatiques. G. de Mussy n'a-t-il pas démontré de quelle sensibilité était doué le phrénique dans la pleurésie diaphragmatique. Lésé au niveau de la plèvre il réagit encore douloureusement si on vient à le comprimer soit au niveau des scalènes, soit à la partie interne des espaces intercostaux, soit sur le prolongement de la 10^e côte (Bouton diaphragmatique), soit encore à la base et sur les parties latéro-postérieures de la poitrine.

Tous les actes physiologiques où entrent en jeu l'expiration et l'inspiration tels que l'effort, la toux, le vomissement, les nausées, etc., etc., dépendent en grande partie du diaphragme. Mais le hoquet, le sanglot, parmi tous ces phénomènes sont les deux manifestations pathognomoniques les plus nettes d'une altération du diaphragme. Haller le premier avait considéré le spasme du diaphragme

comme la cause du hoquet : or on observe le hoquet dans la pleurésie diaphragmatique et dans la péritonite. Pour G. de Mussy ce phénomène serait dû à l'excitation des terminaisons du phrénique dans la pleurésie diaphragmatique, tandis que dans la péritonite et dans toutes les affections abdominales il serait dû au tympanisme et à la distension gazeuse de l'intestin qui en s'opposant aux contractions du muscle en provoquent le spasme.

Sans insister davantage sur les troubles fonctionnels qu'entraînent les lésions du muscle diaphragmatique ou des nerfs qui l'innervent, ou des séreuses qui le recouvrent on comprend que nous ayons voulu par ce résumé anatomo-physiologique donner l'explication des phénomènes bizarres que nous avons rencontrés dans notre pneumothorax partiel inférieur.

Symptomatologie.

Il y a à distinguer dans le pneumothorax partiel inférieur d'abord des symptômes communs à toute espèce de pyo ou de pneumothorax total, ce sont en général des symptômes fonctionnels ; puis les signes qui appartiennent en propre au siège spécial de l'affection que nous avons à décrire.

Signes qui tantôt sont des signes pleuraux ou pour mieux dire thoraciques, c'est le cas le plus fréquent, et qui alors doivent être distingués de symptômes analogues observés dans toutes les affections thoraciques qui peuvent simuler le pneumothorax ; et des symptômes péritonéaux ou pour mieux dire diaphragmatiques qui ont été décrits aussi bien dans les pleurésies de la base et le pneumothorax partiel inférieur que dans les péritonites sous-diaphragmatiques ou les abcès sous-phréniques.

Le début est en général brusque, dramatique et douloureux ; le malade était depuis quelque temps déjà un tuberculeux et les signes de sa tuberculose doivent être recherchés avec le plus grand soin, car ils ont une grande importance lorsqu'on peut affirmer leur existence.

Il ne s'agit pas seulement des signes locaux de tuberculose, c'est-à-dire des signes physiques perceptibles au médecin qui met en œuvre ses moyens d'investigation ordinaires qui sont la vue, la palpation, la percussion, l'auscultation ; il s'agit aussi des phénomènes généraux et des troubles fonctionnels que l'on rencontre dans la première

période de la tuberculose. On recherchera donc avec soin si le malade n'a pas des antécédents personnels ou héréditaires de tuberculose. Suivant son âge et son sexe on recherchera tous ces signes qui n'acquièrent d'importance que par leur réunion et qu'un clinicien avisé a l'habitude de mettre en lumière chez les gens qui ont ce qu'on appelait autrefois le tempérament et qui répond aujourd'hui au terrain tuberculeux.

Comme hérédité il ne faut pas seulement s'enquérir des ascendants directs, il faut également chercher à savoir si le sujet n'a pas eu des frères, des sœurs morts en bas-âge de méningite ou d'accidents pulmonaires ; il faut l'interroger minutieusement et s'il est marié et s'il a des enfants, connaître la santé de ses enfants ; car on sait combien sont fréquents les décès précoces des enfants issus de souche tuberculeuse.

On comprend donc tout l'intérêt qu'il y a à connaître non seulement la santé du malade : mais aussi celle de son conjoint et dans le cas où il a perdu des enfants de méningite, ne pas incriminer à tort le père ou la mère.

Parmi les antécédents personnels il faut également rechercher les stigmates de scrofule infantile et s'enquérir si le sujet n'a pas eu à plusieurs reprises des bronchites et surtout des pleurésies avec ou sans épanchement.

Lorsqu'on aura poursuivi cette enquête avec la minutie que nous recommandons on passera à l'examen direct du malade ; on ne se contentera pas de pratiquer ce que nous appellerons l'enquête thoracique, c'est-à-dire de dépister à la percussion la submatité d'un ou des deux sommets ; à l'auscultation les troubles de la respiration saccadée,

bruyante, etc. Il est certain que si l'on trouve des craquements au sommet, que si l'on constate comme chez notre malade un premier degré de tuberculose des poumons et l'existence de gros frottements disséminés dans toute la hauteur de la poitrine on n'aura pas de peine à affirmer qu'on a affaire à un tuberculeux au 1^{er} degré qui a eu à plusieurs reprises des poussées de tuberculose pleurale dont il garde encore des reliquats manifestes ; mais souvent ces signes physiques font défaut, il faudra alors dépister avec soin les signes généraux qui ont une grande importance pour découvrir la tuberculose au début.

Les sueurs nocturnes profuses, l'amaigrissement marqué ont autant de valeur que les craquements du sommet ou la pleurésie de la base.

Comme nous l'avons dit, le pneumothorax partiel inférieur débute brusquement.

Le malade qui présentait des signes de tuberculose plus ou moins latente est pris tout d'un coup d'une douleur atroce, unilatérale, pongitive, exacerbante et qui s'accompagne d'une dyspnée très intense. Néanmoins on aurait tort de croire que la dyspnée dans ces cas de pneumothorax limité atteint l'intensité et l'importance de la dyspnée qui s'observe dans les pneumothorax de la grande cavité pleurale.

La douleur a plus d'importance à nos yeux et on doit l'étudier dans toutes ses formes et dans toutes ses phases.

Elle est spontanée par son début ; mais les mouvements respiratoires la réveillent et elle présente à la palpation des points où elle est plus vive et plus marquée, ce sera surtout au niveau des insertions du diaphragme qu'on pourra

la réveiller de même le long du trajet du phrénique au niveau des espaces intercostaux, et au cou au-dessus de l'articulation sterno-claviculaire.

Cette douleur s'accompagne d'un sentiment d'angoisse que l'on retrouve d'ailleurs dans presque toutes les affections ou inflammations qui touchent au diaphragme et l'on peut dire dans ces cas que la dyspnée est bien plutôt d'origine diaphragmatique que causée par la compression pulmonaire comme dans un grand pneumothorax. Aussi faut-il avec soin regarder la façon dont le malade respire et surtout inspire. Il pourra y avoir à la vue une différence marquée entre l'un et l'autre des deux côtés de la base de la poitrine, ce qui est dû à l'immobilisation du diaphragme du côté malade.

Comme on peut le voir dans notre observation, cette douleur était assez intense pour avoir obligé le malade à se courber en deux, et à s'appuyer les mains sur le ventre au niveau de la région épigastrique afin de comprimer le diaphragme et d'empêcher ses contractions. En même temps que cette douleur et la gêne pour respirer, le malade accuse un phénomène qui n'est pas fréquent dans les affections purement thoraciques inférieures ; mais qui à nos yeux a une importance considérable ; ce sont les vomissements d'abord alimentaires puis verdâtres et bilieux qui se montrent très fréquents. C'est également le hoquet.

En même temps que ces vomissements qui devaient faire penser à une affection péritonéale le malade présentait du météorisme, du ballonnement du ventre et cela d'une façon d'autant plus marquée que l'on examinait l'hypochondre droit, c'est-à-dire la région hépato-péritonéo-

pleurale et cependant il n'y avait pas de sensibilité abdominale et lorsqu'on examinait le ventre du malade on ne déterminait pas cette douleur exquise qui est le caractère propre de l'inflammation de la grande séreuse abdominale.

Il n'y avait pas non plus de constipation au sens absolu, ce qui est un des symptômes les plus marqués de la péritonite.

Nous avons exprès en signalant ces symptômes abdominaux fait allusion à notre observation personnelle ; mais dans le pneumothorax partiel inférieur, les symptômes péritonéaux sont aussi exceptionnels que dans les faux pneumothorax sous-phréniques. Un symptôme dont nous devons maintenant parler, c'est la toux rare, quinteuse, pleurale qui est une vraie toux de pleurésie diaphragmatique. Tels sont les troubles fonctionnels que l'on observe dans le pneumothorax partiel inférieur : c'est-à-dire douleur vive, intercostale, diaphragmatique, bouton diaphragmatique ; c'est la dyspnée et les vomissements.

Puis comme signes physiques, à la vue l'augmentation du volume de la base de la poitrine d'un côté, l'immobilisation du diaphragme, du même côté le tympanisme et le ballonnement du ventre qui reconnaissent les mêmes causes que l'élargissement de la base du thorax.

A la palpation nous avons vu que sauf les points précis que nous avons indiqués comme siège du maximum de la douleur il n'y avait pas la sensibilité exquise de la péritonite. Dans la poitrine la palpation ne montre pas de diminution des vibrations thoraciques, il y a même exagération de ces vibrations à la base. Quelquefois lorsque le pyopneumothorax ou l'hydropneumothorax est constitué, il peut y

avoir tout à fait à la partie inférieure et sur une toute petite étendue, disparition des vibrations.

La percussion plus importante fait constater l'existence d'une zone de sonorité qui à droite offre un grand intérêt parce que le plus souvent là où elle existe on doit normalement constater une matité due à la présence du foie.

L'auscultation, de beaucoup le plus important moyen d'investigation, permet de constater du côté malade dans une étendue très limitée, les signes classiques de la perforation de la plèvre, c'est-à-dire le souffle à timbre presque amphorique, la toux et la voix également amphoriques et le tintement métallique ; quant à la succussion hippocratique on peut dire qu'elle fait le plus souvent défaut, soit parce que l'épanchement est très peu abondant, soit parce qu'il est compris dans une loge étroite, soit surtout parce que le plus souvent par sa nature même l'épanchement ne peut être déplacé (pus concrété, caséeux). Dans les faux pneumothorax au contraire, cette succussion peut être rencontrée.

Tous ces phénomènes ont une évolution un peu variable suivant que : 1° le pneumothorax reste limité et uniquement pneumothorax ; 2° qu'il devient pyopneumothorax ; 3° qu'en restant limitée la résolution de l'épanchement se fait peu à peu. Mais il peut arriver que l'épanchement gazeux enfermé dans une loge qui ne communique plus avec l'air extérieur devienne un pneumothorax avec pression exagérée, ce qui explique l'abaissement du diaphragme, le ballonnement du ventre et les symptômes péritonéaux. De même lorsqu'il y a pyopneumothorax, le pus peut se faire jour dans l'abdomen et donner naissance à une péri-

tonite suraiguë ; mais le cas le plus fréquent, c'est la terminaison heureuse du vrai pneumothorax partiel inférieur, ce qui se comprend parce qu'il est très limité et que l'épanchement a toutes les raisons du monde de se résorber ou de s'enkyster et de rester alors sous forme de magma caséeux entre la face inférieure du poumon et la partie supérieure du diaphragme.

Les phénomènes généraux ne sont pas en rapport avec les troubles fonctionnels : la fièvre quand elle existe dépasse rarement 39°, le pouls est rapide comme dans toutes les affections dyspnéiques et en tout cas on peut dire que la fièvre est absolument sous la dépendance, soit de la tuberculose concomitante, soit de l'épanchement purulent ; c'est même sur l'existence de la température, sur ses oscillations que l'on se fondera, étant donnés les symptômes d'un pneumothorax partiel inférieur et la difficulté qu'il y a à affirmer la présence du liquide pour diagnostiquer la transformation en pyopneumothorax du pneumothorax simple.

Diagnostic.

Si nous consultons les auteurs classiques, nous voyons que tous sont d'accord à trouver que les moyens de diagnostic entre les affections de la plèvre diaphragmatique et celles du péritoine supérieur sont peu nombreux et peu précis. M. le professeur Jaccoud a fait de ce sujet une étude approfondie et nous avons soin de reproduire les termes mêmes dont s'est servi l'éminent professeur de la Pitié.

Nous voulons ici et pour notre part indiquer :

Les affections avec lesquelles on peut confondre le pneumothorax partiel inférieur et les signes qui permettent de ne pas faire cette confusion. En d'autres termes la première question que l'on doit se poser, c'est de savoir si l'on a affaire à un pneumothorax partiel inférieur, à une pleurésie diaphragmatique ou à certaines pneumonies de la base. Sans parler du début, des signes généraux qui doivent mettre sur la voie du diagnostic, et en admettant même que nous ayons affaire à une de ces pneumonies à symptômes pleurétiques avec bruits amphoriques, souffle, un seul signe permet de faire cette distinction, il y a matité et non sonorité à la percussion.

La pleurésie diaphragmatique peut avoir des signes cavitaires et donner lieu à des erreurs grossières ; ce sera encore la percussion et la forme de la matité qui permettront de faire le diagnostic.

Nous ne saurions trop insister sur ce fait que dans le

pneumothorax partiel inférieur, il y a toujours sonorité lorsqu'il y a épanchement, c'est-à-dire pyopneumothorax ; la nature de cet épanchement, les adhérences qui le limitent sont peu étendues, la présence constante de gaz sont les raisons pour lesquelles il n'y a pas de matité appréciable à la percussion.

De même pour certains kystes hydatiques du poumon, sans parler du rejet des hydatides, de la nature de l'expectoration, nous trouverons encore la matité.

Mais le diagnostic véritablement difficile, celui sur lequel le professeur Jaccoud a le plus insisté, c'est le diagnostic du vrai et du faux pneumothorax, et ici il importe de ne pas perdre de vue un seul instant l'évolution naturelle du symptôme qui donne naissance aux accidents auxquels on assiste ; tandis que dans le vrai pneumothorax, sans parler des signes physiques, le point de départ des troubles fonctionnels est pulmonaire, pleural, diaphragmatique et ultérieurement péritonéal ; au contraire dans toutes les observations de faux pneumothorax, le malade a eu des antécédents abdominaux.

Plus ou moins longtemps avant le début dramatique dû à la rupture de l'abcès, on peut noter soit des troubles du côté de l'estomac : vomissements, hématemèses, soit des troubles intestinaux, diarrhée, etc., indiquant que le côlon est le siège du mal, soit enfin des phénomènes péri-hépatiques qui montrent que l'on se trouve en face d'une affection développée soit dans le foie, soit autour de lui.

Il est remarquable que ces affections d'origine abdominale ne donnent jamais naissance à des symptômes péritonéaux ; dans aucune des observations que nous citons,

nous n'avons trouvé signalé soit le ballonnement du ventre, soit le hoquet, soit les vomissements ; il importe donc, lorsque ces symptômes existent concurremment avec les signes physiques du pneumothorax partiel inférieur, non seulement de faire le diagnostic avec le faux pneumothorax, mais encore avec certaines péritonites enkystées, localisées, de celles qui font l'objet de la thèse de Deschamps ; et ici nous allons énumérer une série de symptômes positifs ou négatifs qui nous permettront de procéder par élimination et d'arriver au diagnostic vrai.

Lorsqu'on constate la présence à la base de la poitrine à droite ou à gauche des signes pleuraux qui caractérisent le pneumothorax, on rejettera l'hypothèse du faux pneumothorax :

a) Lorsque le malade a des antécédents manifestement tuberculeux et surtout lorsqu'on peut affirmer que le poudmon opposé au côté malade est tuberculeux.

b) Lorsqu'il n'y aura pas de signes manifestes qui indiquent une lésion d'un des organes abdominaux, estomac, rate, intestin, foie, rein.

c) Lorsqu'on aura pu suivre l'évolution de la maladie et que cette évolution aura été favorable.

Sauf, en effet, dans le cas de Debove où il y a eu intervention chirurgicale précoce et radicale, la mort est rapidement survenue chez les malades qui présentaient le faux pneumothorax ou l'abcès sous-phrénique.

On rejettera l'idée d'une péritonite par les caractères de la douleur, par l'examen du ventre et surtout par la présence nettement constatée des signes pleuraux.

En d'autres termes et pour terminer, le pneumothorax

partiel inférieur, qu'il devienne ou non un pyopneumothorax, présente des symptômes primitivement pleuraux ou thoraciques et ce n'est que dans la suite que l'on constate des signes péritonéaux. De plus ces signes ont un caractère éphémère peu intense et, l'histoire de notre malade est là pour le prouver, une durée très courte.

Enfin il importe de faire le diagnostic-pronostic de l'affection qui nous occupe. L'existence d'une tuberculose avérée dont l'importance est grande comme nous l'avons vu, nous oblige à réserver le pronostic ultérieur, mais au point de vue immédiat on peut dire que c'est un pneumothorax bénin qui emprunte à la localisation des symptômes dramatiques, un début solennel ainsi que toutes les affections qui avoisinent le diaphragme, mais d'un autre côté, grâce à la loge d'adhérence qui l'entoure, grâce au plancher que lui forme le diaphragme, le seul danger que court le malade c'est de voir à un moment donné les barrières qui limitent son affection être franchies et le pyo-pneumothorax partiel peut alors devenir soit un pyopneumothorax de la grande cavité soit donner naissance par la perforation du muscle diaphragme à une péritonite purulente généralisée et rapidement mortelle. Plus on avance dans l'histoire du malade, moins les deux dangers sont à craindre.

Nous ne pouvons mieux faire pour terminer ce chapitre que de reproduire l'étude faite à ce sujet par M. le Professeur Jaccoud. « Lorsque le pneumothorax partiel inférieur » est seulement postéro-latéral il soulève une question » de diagnostic importante et difficile. Dans ce cas en effet, les phénomènes amphoriques sont perçus en arrière » et sur le côté à une hauteur variable. Or c'est dans cette

» région postéro-latérale que l'on trouve les bruits amphoriques dans les pleurésies et les pneumonies qui présentent exceptionnellement l'amphorisme au nombre de leurs caractères sthéthoscopiques. En raison de l'identité de siège, ce diagnostic différentiel exige une sérieuse attention ; en voici les moyens :

» L'amphorisme pleurétique ou pneumonique n'est jamais aussi éclatant, aussi pur, que celui du pneumothorax. Il n'est pas également fort dans tous les points, il a toujours un maximum, et ce maximum correspond toujours à la racine du poumon du côté malade. Il est grandement influencé par la force de la respiration, il diminue et parfois même cesse lorsque le malade respire très doucement.

» A côté de ces éléments différentiels intrinsèques tirés de l'amphorisme lui-même, d'autres caractères d'une appréciation plus facile et d'une valeur encore plus positive éclaireront le jugement.

» A quel moment la pneumonie et la pleurésie peuvent-elles donner de l'amphorisme ? C'est dans la période d'état et alors celui-ci coïncide avec la matité ».

» L'état morbide dont le diagnostic est le plus difficile, celui qu'on est naturellement exposé à confondre avec le pneumothorax partiel inférieur, c'est l'affection étudiée par Cossy sous le nom de faux pneumothorax et par Leyden de pyopneumothorax sous-phrénique. Il s'agit de collections purulentes sous-diaphragmatiques avec développement spontané de gaz ou s'accompagnant d'un épanchement gazeux d'origine gastrique ou intestinale. Ces collections donnent l'illusion d'un pyopneumotho-

» rax sans que la plèvre contienne aucune trace de liquide
» ni de gaz ; ces collections purulentes peuvent avoir des
» points de départ très différents. Ils peuvent résulter
» d'une perforation de l'appendice cœcal ayant déterminé
» un phlegmon gangréneux. On les a vus suivre une per-
» foration de l'estomac ou du duodénum au cours de l'é-
» volution d'un ulcère rond.

» Dans d'autres cas comme dans l'observation de Rigal
» (*Union méd.*, 1874) il s'agit d'une péri-hépatite suppu-
» purée primitive.

» Les indications diagnostiques capables de faire éviter
» l'erreur sont multiples mais de valeur inégale.

» Ce sont :

» 1^o Interrogatoire des malades et notion de leurs anté-
» cédents.

» Le pneumothorax inférieur en effet a été précédé des
» symptômes d'une pleurésie commençante et son appari-
» tion s'est effectuée au cours d'une tuberculose chronique
» du poumon.

» L'abcès sous-phrénique avec formation de gaz est au
» contraire postérieur à une série de troubles abdominaux
» qui varient suivant que son point de départ est gastrique,
» cœcal, etc., mais qui peuvent faire soupçonner que le
» point de départ de la lésion n'est pas dans la cage tho-
» racique.

» La valeur de ce caractère différentiel n'est pas abso-
» lue car le pyopneumothorax vrai peut être consécutif à
» un abcès sous-diaphragmatique, à un kyste suppuré du
» foie ou de la rate ayant entraîné la perforation du dia-
» phragme.

» 2° Le signe de Pfuhl et Leyden.

» Ces auteurs accordent une importance extrême à
» l'auscultation du poumon opposé à la lésion, si l'explo-
» ration est négative, s'il n'y a pas trace de tuberculose
» dans ce poumon, il s'agit d'un faux pneumothorax.

» Une tuberculose capable de donner naissance à un
» pneumothorax inférieur peut être unilatérale bien que
» le fait soit rare ; d'autre part, il n'est pas défendu à un
» tuberculeux de faire un abcès sous-phrénique.

» 3° L'examen du cœur : l'analyse des observations de
» faux pneumothorax montre que cette affection siège
» presque toujours à droite ; dans ces conditions, le cœur
» est refoulé par l'intermédiaire du diaphragme de bas
» en haut et de droite à gauche.

» 4° La variation rapide des limites de la matité suivant
» les changements de position du malade.

» 5° Le signe Pfuhl et Jaffe.

» Ce dernier signe ne peut être reconnu que si l'on fait
» la ponction.

» La pression du liquide augmente pendant l'inspiration
» et diminue pendant l'expiration.

» Le liquide sort plus abondamment pendant l'inspira-
» tion s'il s'agit d'un pyopneumothorax sous-phrénique,
» pendant l'expiration au cas du pneumothorax inférieur
» vrai.

» C'est en s'appuyant sur ces signes que Leyden a pu
» trois fois affirmer du vivant du malade l'existence d'un
» faux pneumothorax.

OBSERVATION PERSONNELLE.

Aubry Louis, journalier, 20 ans, entré le samedi 19 septembre 1891, n° 7, salle Vernois.

Ce matin vient à l'hôpital pour une douleur des plus vives qu'il ressent dans tout l'abdomen. Cette douleur existe également à la partie inférieure latérale droite de la poitrine en avant et en arrière ; mais le maximum semble être au niveau de l'épigastre et des fausses côtes du côté droit.

Le malade se plaint également de vomissements abondants qui ont débuté dans la nuit du jeudi au vendredi. Trois fois dans la nuit et une fois vendredi matin il a rendu non seulement des matières alimentaires, mais de la bile ; dans toute la journée d'hier il a eu encore d'autres vomissements verdâtres et comme la douleur dont il se plaint a augmenté considérablement depuis 24 heures il a quitté l'asile de nuit où il s'était réfugié et s'est décidé à se faire transporter à Necker où nous l'avons vu pour la première fois, à 4 heures du soir, le samedi 19 septembre.

A ce moment le malade est courbé en deux lorsqu'il est debout, il marche avec peine et nous dit qu'il n'a pu que très difficilement monter l'escalier pour arriver à la salle Vernois.

Le facies est altéré, légèrement grippé, les yeux sont creux et cependant il n'a pas la peau visqueuse des péritonitiques.

De plus il accuse de l'oppression surtout lorsqu'il fait certains mouvements et alors il a une véritable dyspnée caractérisée par 40 respirations à la minute avec des inspirations courtes, saccadées, incomplètes.

Lorsqu'on cherche à le faire respirer avec ampleur la douleur qu'il éprouve est telle qu'il s'efforce d'immobiliser le diaphragme en appuyant avec les mains sur la région épigastrique.

Examiné dans son lit le malade conserve le facies qu'il avait en arrivant ; mais il a moins de dyspnée et sa douleur quoique persistante est un peu moins vive.

L'abdomen est volumineux à la vue, il semble qu'il y ait du météo-

risme, du ballonnement surtout dans la région supérieure et au niveau de l'hypochondre droit.

A la palpation on constate que cette douleur abdominale augmente et cependant on peut appuyer assez fortement et déprimer les parois, ce qui est impossible dans la plupart des cas de péritonite.

Comme nous l'avons dit, la douleur existe dans tout l'abdomen avec prédominance dans la partie supérieure droite ; toutefois il est facile de se rendre compte qu'il existe des irradiations de cette douleur ailleurs que dans le ventre ; non seulement ces irradiations se présentent du côté de la cuisse, du côté de l'aîne ; mais il en existe en outre au niveau des insertions du diaphragme à droite et le long du trajet du phrénique du même côté des points où le maximum de la douleur est provoquée par la pression. Ces points douloureux correspondent à ce que G. de Mussy a décrit sous le nom de bouton diaphragmatique. A gauche ces points douloureux n'existent pas.

Tels sont les troubles fonctionnels que l'on constate chez ce malade.

Il n'y a pas de toux appréciable, il n'y a pas non plus d'expectoration ayant un caractère pathologique.

En procédant à l'examen des signes physiques nous constatons d'abord le facies dont nous avons parlé, le météorisme et le tympanisme abdominal sans ascite ni circulation collatérale.

Du côté du thorax nous trouvons à la vue une différence assez marquée en faveur du côté droit ; celui-ci est plus développé, les espaces intercostaux sont moins accusés qu'à gauche et sans que l'on puisse vraiment donner le nom de voussure à la saillie de la base, de la poitrine, à droite il est néanmoins aisé de se rendre compte qu'à ce niveau la base est écartée et que les mouvements respiratoires font défaut comme si le malade cherchait à ne respirer que du côté gauche.

La palpation permet de constater que les vibrations sont conservées dans toute la poitrine à gauche, en avant et en arrière dans les $\frac{2}{3}$ supérieurs du thorax, à droite également en avant et en arrière et qu'elles sont augmentées dans le tiers inférieur du poumon droit non seulement dans la région postérieure mais également dans la région antéro-latérale. Ce fait est d'autant plus frappant qu'à ce

niveau on trouve à l'état normal une matité qui est due à la présence du foie.

À la percussion il existe une légère submatité du sommet gauche en arrière et en bas, à droite on constate aussi bien en avant qu'en arrière une sonorité exagérée.

Cette sonorité s'étend en avant depuis le mamelon jusqu'aux fausses côtes, de sorte qu'elle se confond avec le tympanisme abdominal, il est impossible de trouver le foie dans cette région.

La percussion est en outre douloureuse dans toute cette région où la sonorité est exagérée.

L'auscultation diffère à droite et à gauche.

À droite dans les $\frac{2}{3}$ supérieurs de la poitrine on entend la respiration et en outre de gros frottements qui sont perçus presque jusqu'en bas. Toutefois en pratiquant longtemps cette auscultation on perçoit d'une façon manifeste une respiration amphorique avec retentissement de la voix qui est également comme amphorique dans toute la région inférieure du poumon droit correspondant aux zones de sonorité.

Enfin il est non moins manifeste que l'on perçoit du tintement métallique, dans cette région. Le malade tousse peu et ce qui fait que par moments ces signes physiques d'épanchement gazeux, font défaut, c'est que la douleur empêche le malade de faire des inspirations profondes et que d'un autre côté les frottements et les râles sous-crépitants se transmettent à travers la zone sonore et donnent l'illusion qu'ils existent jusqu'en bas.

Du côté gauche on entend quelques craquements fins au sommet et dans tout le poumon des râles disséminés et rares de bronchite.

Le cœur n'est pas déplacé, il n'y pas de fièvre, rien dans les urines.

Interrogé avec soin sur ses antécédents et sur le début de la maladie, le malade nous dit que son père est mort à 80 ans alors que lui-même n'avait qu'un an, sa mère est bien portante ; mais un frère de sa mère est mort de la poitrine.

Pour ce qui le concerne il dit qu'il a été considéré comme bacillaire dans plusieurs hôpitaux entre autres dans le service du Dr Labbé

à l'Hôtel-Dieu. Il ne se rappelle comme antécédents personnels que des douleurs vives au creux de l'estomac, il y a 18 mois, ces douleurs étaient accompagnées de vomissements alimentaires, elles ont disparu au bout de quelque temps par le traitement au lait et à l'eau de Vichy. Depuis elles n'ont pas reparu.

Il fait remonter le début de ses accidents pulmonaires au mois de décembre 1890 ; à cette époque il aurait eu déjà des points de côté à droite et en même temps il aurait toussé et craché pendant plusieurs semaines.

En janvier 1891 il avait quitté Paris et avait été à Dijon où il fut soigné comme tuberculeux. A plusieurs reprises il a eu des hémoptisies et c'est pour l'une d'entre elles qu'il a été soigné à l'Hôtel-Dieu au mois de mai. Enfin vers le 31 août dernier, il fut repris avec persistance de points de côté thoraciques droits, les douleurs occupaient la région axillaire de ce côté et étaient d'autant plus marquées que le malade voulait faire des efforts, lever le bras, etc. Examiné dans le service de M. Guyot à Beaujon et considéré comme bacillaire on lui donna un traitement approprié.

Le 5 septembre, pour la première fois, il a ressenti des douleurs abdominales qui lui donnaient la sensation d'une douleur épigastrique l'obligeant à rester courbé en deux quand il se levait et à se tenir avec les mains la région du creux de l'estomac lorsqu'il toussait ou qu'il crachait. Il raconte qu'à la même époque il fut pris d'un peu de ballonnement du ventre et que ce ballonnement coïncidant surtout avec les phénomènes douloureux était plus marqué dans l'après-midi, vers les 2 heures. A cette heure là, le malade était pris d'oppression avec sensation de tiraillement à la base du thorax, surtout en arrière et à droite et lorsqu'il cherchait à faire des inspirations profondes.

Le 9 septembre, il quitta l'hôpital Beaujon n'éprouvant que peu d'amélioration, ses points de côté ayant diminué et ses douleurs de ventre également.

Le 11 septembre il eut de nouveau vers les 2 heures de l'après-midi des douleurs abdominales qui allèrent en augmentant et qui au commencement de la semaine l'obligèrent à quitter son travail.

Toutefois cette douleur n'était pas constante, elle augmentait et même disparaissait, sauf depuis mercredi où elle a pris un caractère d'acuité particulier. Enfin depuis vendredi ces douleurs se sont accompagnées de vomissements et de ballonnement du ventre, le malade aurait même ce matin vomi des matières rougeâtres et verdâtres. Les selles sont assez régulières, elles avaient été diarrhéiques il y a une quinzaine de jours.

Le dimanche 20 septembre, le malade, continua à vomir, de plus, le ballonnement du ventre s'accroissait et la sensibilité augmentait un peu.

Le lundi matin, le malade fut examiné par le Professeur Dieulafoy, la douleur persistait et s'était même accrue, les vomissements étaient abondants et leur teinte verdâtre encore plus prononcée. Le malade n'était pas allé à la selle depuis la nuit du samedi. Il n'y avait pas de fièvre, mais le pouls était petit et rapide.

Enfin un phénomène nouveau était survenu dans la nuit, le malade avait été pris d'un hoquet qui avait duré plus d'une heure.

En présence de tous ces symptômes et après l'avoir minutieusement ausculté et constaté l'existence des signes physiques signalés plus haut : c'est-à-dire sonorité à la base de la poitrine droite, exagération des vibrations, respiration amphorique, tintement métallique, en présence également du point de côté paroxystique et de la dyspnée qui l'avait accompagné, le diagnostic porté par M. Dieulafoy fut : pneumothorax partiel inférieur et postéro-latéral droit avec troubles péritonéaux consécutifs ; en d'autres termes pneumothorax partiel inférieur à symptômes pleuro-péritonéaux.

Traitement : ventouses sèches, sangsues sur la région douloureuse, boissons glacées.

Le 22 octobre, les vomissements persistent toujours alimentaires.

Le 23, on constate encore des vomissements, la douleur a un peu diminué, le hoquet est moins marqué, le ballonnement du ventre moins prononcé.

Le 24, plus de vomissements ni de hoquet.

Les signes péritonéaux ont disparu, les signes d'un pneumothorax partiel inférieur seuls persistent.

Le 26 et le 27 même état général et local.

Le 30 octobre, les signes du pneumothorax ont en partie disparu. Seule la zone de sonorité constatée dès le début au niveau du foie et des espaces intercostaux sous-mamelonnaires persiste et persistera jusqu'au départ du malade, du 1^{er} novembre jusqu'au 18 novembre, jour où le malade a quitté Necker pour retourner dans son pays, nous avons toujours noté un léger sentiment fébrile vespéral. La température n'a pas dépassé 38° l'aisselle tous les soirs. L'appétit était revenu mais l'amaigrissement résistait à l'arsenic et à l'huile de foie de morue.

Le 7 novembre, le malade se plaint de quelques douleurs de tête, en même temps on constate un léger strabisme convergent gauche. Des craintes de méningite tuberculeuse nous viennent à l'esprit, mais en 48 heures tous les signes disparaissent ne laissant qu'un avertissement.

Dans la nuit du 9 au 10 novembre, le malade expectore un peu de pus rougeâtre, la valeur d'une cuillerée à café. En même temps il se plaint d'avoir des renvois fétides qui lui empoisonnent l'haleine, M. Dieulafoy, émet l'hypothèse d'une vomique imminente mais cette expectoration ne s'étant plus renouvelée, les gaz fétides ayant cessé d'être éliminés, on ne peut vraiment considérer le phénomène comme digne d'être appelé vomique.

Le 18 novembre, le malade quitte le service en aussi bonne santé qu'il pouvait être, conservant une localisation bacillaire au sommet gauche qui expliquait sa fièvre et la zone de sonorité signalée plus haut, dernier vestige de l'affection pour laquelle il était entré à Necker et qui a fait l'objet de ce travail.

Traitement.

On peut avoir affaire soit à un pneumothorax partiel inférieur, soit à un pyopneumothorax. Dans le 1^{er} cas on doit se contenter de calmer la douleur par des injections de morphine, la dyspnée par des inhalations d'oxygène ; on peut user de ventouses sèches ou scarifiées, de sangsues, etc.

Dans le 2^e cas l'enkystement même de l'épanchement et sa situation évitent le plus souvent d'avoir recours à une intervention chirurgicale.

Quand la résorption ne se fait pas naturellement, le malade guérit ordinairement par une vomique.

OBSERVATION I (In thèse HANDJIAN).

Le nommé P. Louis, âgé de 32 ans, entré le 16 octobre 1888 salle St. Augustin, n° 9, service de M. Bucquoy, H. D.

Cet homme d'une bonne santé habituelle a commencé à maigrir et à tousser il y a 2 ans ; à cette époque il a eu une forte hémoptysie.

Deux jours avant son entrée à l'hôpital, sans cause occasionnelle appréciable a été pris d'un point de côté violent à gauche et d'une oppression plus grande que de coutume. Ses lèvres sont cyanosées, ses extrémités froides, il accuse une douleur dans le côté gauche et reste constamment couché sur ce côté, l'expectoration est très abondante, nummulaire.

A droite, tuberculose cavitaire, respiration puérile supplémentaire à la base droite.

A gauche, en avant, abolition complète du murmure vésiculaire sauf en haut au-dessous de la clavicule, submatité dans le tiers supérieur, sonorité exagérée dans la région du mamelon et au-dessous dans le creux de l'aisselle, affaiblissement des bruits respiratoires, plus bas abolition absolue. En arrière, matité dans la fosse sus-épineuse et dans la fosse sous-épineuse craquements et râles humides à ce niveau, plus bas, amphorisme, résonnance métallique, bruit d'airain. La main appliquée à plat au-dessous de la clavicule sent manifestement les vibrations vocales conservées ; il en est de même en arrière et en haut, plus bas les vibrations sont complètement abolies, le cœur est légèrement déplacé ; base du thorax immobile et un peu dilatée, pas de succussion hippocratique.

Mort le 20 octobre.

Autopsie : plèvre gauche : un demi-litre de liquide purulent non fétide, perforation à la partie antéro-interne dans la portion supérieure du lobe inférieur.

OBSERVATION II (JACCOUD, *Cliniques de la Pitié*).

Femme de 37 ans. Tuberculeuse cavitaire, à droite les signes spéciaux d'un hydropneumothorax, dans les 2/3 inférieurs du thorax les signes sont au complet, il y a du clapotement et du tintement métallique dans le tiers supérieur, gargouillement cavitaire.

Diagnostic : hydropneumothorax partiel inférieur.

Survie de plus de 5 mois.

Autopsie : pus et gaz dans les 2/3 inférieurs de la cavité thoracique.

OBSERVATION III (JACCOUD).

Femme de 32 ans, pthisique cavitaire, salle Laennec, lit n° 40.

À gauche, signes d'hydropneumothorax avec clapotement et tintement métallique dans les 2/3 inférieurs en arrière et dans l'aisselle remontant en avant jusqu'au 3^e espace intercostal ; au-dessus, bruits cavitaires.

Diagnostic : hydropneumothorax partiel inférieur.

Autopsie : liquide et gaz dans les 2/3 inférieurs de la plèvre.

OBSERVATION IV (JACCOUD)

Homme de 30 ans, pthisique caverneux ; à droite, signes complets d'hydropneumothorax moitié inférieur ; le clapotement n'est perceptible qu'en avant, dans la moitié supérieure, bruits cavitaires.

Diagnostic : pyopneumothorax partiel inférieur s'étendant jusqu'à la région.

Autopsie : pus et gaz dans la partie inférieure de la plèvre. Le poumon droit à ce niveau est refoulé le long du bord droit de la colonne vertébrale ; mais le lobe supérieur dans son sommet et dans toute sa face externe est fixé aux quatre premières côtes par des adhérences fibreuses épaisses et solides.

OBSERVATION V (JACCOUD).

Homme de 32 ans, pthisique, caverneux ; à droite, signes d'hydropneumothorax sauf tintement métallique dans toute la moitié inférieure ; au-dessus bruit cavitaire, vibration vocale présente depuis le sommet en avant jusqu'au mamelon, en arrière jusqu'à la partie moyenne de l'omoplate.

Diagnostic : hydropneumothorax partiel inférieur.

Autopsie : toute la moitié inférieure de la cavité pleurale est remplie de gaz, très peu de liquide séreux, poumon refoulé en haut et adhérent.

OBSERVATION VI (In thèse DESCHAMPS). — *Cancer du pylore, abcès de l'hypochondre droit, pleurésie, péritonite.*

C. N. 45 ans, fut admis dans la salle Stephen, dans le service du Dr Gull ; ce malade avait été soigné dans un autre service 12 mois auparavant pour une tumeur de l'abdomen qu'il disait avoir disparu.

Pour le moment il souffrait beaucoup : matité à la base du côté droit du thorax.

Autopsie : plèvre droite couverte dans sa face postéro-inféro-latérale d'une couche épaisse de la moitié d'un pouce de fausses membranes jaunâtres, limitées brusquement par un bord irrégulier en haut et en bas. Elles atteignent le diaphragme où le poumon est fixé par d'anciennes adhérences. Dépôt distinct de fausses membranes sur la face péricardite de la plèvre. Poumons normaux.

Le péritoine enflammé surtout du côté droit, à la partie inférieure, où existe une assez grande quantité de fausses membranes récentes.

En ouvrant l'abdomen, aspect normal des viscères. On ne voit que le lobe gauche du foie, tout le contenu de l'hypochondre droit est fermé par une paroi solide, derrière laquelle se trouve un abcès limité inférieurement par des adhérences s'étendant du bord pylorique de l'estomac à la paroi antérieure de l'abdomen et caché derrière le foie et l'extrémité pylorique de l'estomac. Le foie en était repoussé en arrière, l'abcès remontant sur la face convexe à trois ou

quatre travers de pouce de sa partie moyenne, mais n'envahissant pas la substance du foie qui était protégée par l'épaississement de la capsule. En haut l'abcès est limité par le diaphragme, en avant par les parois abdominales antérieures, à gauche par le ligament falciforme. Sa cavité est pleine de pus jaunâtre, toute sa partie inférieure et postérieure est pleine de grosseurs nodulaires de cancer encéphaloïde, ces grosseurs se répandant le long de la membrane pyogénique de l'abcès et partant du pourtour du pylore où le cancer a évidemment pris origine et où l'abcès repose directement sur l'estomac.

Perforation de l'estomac à la partie antéro-supérieure de sa courbure inférieure, pouvant laisser passer le manche d'un scalpel, à bords épaissis et durs et faisant communiquer directement la cavité de l'abcès avec l'estomac.

Le cancer rampait sur le foie et la vésicule biliaire vers le diaphragme et suivait la membrane pyogénique.

Dans l'intérieur de l'estomac, vers l'extrémité pylorique beaucoup d'ulcérations cancéreuses. A la partie supérieure du pylore vers le foie, muqueuse complètement détruite sur la largeur de 2 pouces. La perforation est à gauche de la masse cancéreuse, mais n'est pas comprise dans le cancer. Tunique musculuse de l'estomac très hypertrophiée vers le pylore ; à ce niveau plusieurs ganglions lymphatiques cancéreux.

OBSERVATION VII. — *Abcès péritonéal sous-diaphragmatique s'ouvrant dans les poumons et dans la cavité pleurale.* (HILTON-FAGGE, obs. 1).

W. T. 38, ans entré le 13 février 1868, salle Stéphen. Depuis 3 mois, mauvaises digestions, douleurs dans la poitrine, dans le dos entre les épaules, quelques vomissements le matin. 3 jours avant son entrée en remuant un lit, subitement douleurs violentes dans l'abdomen avec crampes ; le malade se roule par terre et vomit des matières gris-verdâtre.

Au moment de l'entrée à l'hôpital, soif vive, urine très colorée

contenant un peu d'albumine, vomissements, douleur toujours très vive, augmentée par la pression, se localisant bientôt à la courbure hépatique du côlon et s'étendant jusqu'à la région lombaire en arrière. Selles régulières.

22 février. — A la suite d'une inspiration profonde douleurs vagues dans le dos au-dessous de l'épaule droite.

Un peu de matité à la base du poumon droit, un peu d'épanchement pleural.

Le malade va mieux jusqu'au 3 juillet, le murmure vésiculaire revient à la base du poumon.

4 juillet. — Plusieurs douleurs la nuit, sueurs profuses le matin. P. 95. Haleine nauséabonde, foie descendu, clapotement à la succussion à la base droite.

6. — Pouls 100 petit et dépressible, R. 34, sonorité tympanique dans une grande partie du côté droit.

7. — P. 108. R. 36 difficile, douleurs, le malade va plus mal, cet état persiste jusqu'au 14, le malade meurt tout d'un coup.

Autopsie : En enfonçant un trocart dans la poitrine du gaz fétide s'échappe en faible quantité ; puis, écoulement de 3 pintes et demie de liquide puriforme, grisâtre, issu de la cavité pleurale droite. Sur la plèvre, fausses membranes opaques, adhérentes, de l'épaisseur d'un demi-pouce.

Au-dessous du diaphragme, grand abcès repoussant en bas le lobe droit du foie qui est concave et communiquant à travers deux perforations du diaphragme avec la plèvre et des foyers purulents intra-pulmonaires.

Estomac rougeâtre à l'intérieur ainsi que le duodénum ; muqueuse gonflée, les villosités pigmentées. Rougeur notable de l'iléon et des 3/4 du côlon. Muqueuse de la partie inférieure du côlon et du rectum rouge foncé et gonflée. Il existait même une sorte de membrane diphtéroïde de la largeur d'une pièce de 50 centimes, ce qui prouvait la nature inflammatoire de la rougeur. Aorte très-malade, épaississement un peu cartilagineux.

OBSERVATION VIII. — *Pyopneumothorax sous-phrénique*. (Doct. GLASER, *Deutsch med. Woch.*, Berlin, 12 mars 1885).

Femme de 36 ans, entrée à l'hôpital le 5 octobre 1884. Depuis longtemps douleurs abdominales ; depuis le 27 septembre elles sont plus vives dans l'hypochondre droit et l'épigastre. La malade est pâle, maigre, la fièvre est continue, le pouls accéléré, la respiration fréquente à type costal supérieur. A droite, en bas, en avant et en arrière, matité de la longueur de plusieurs doigts avec bruit de frottement. Il existe aussi des signes de pneumothorax dans un espace qui part de la droite vers la 8^e côte, remonte jusqu'au niveau de la mamelle, croise le sternum à la 3^e cote et redescend à gauche jusqu'à la 5^e côte. Le cœur semble refoulé un peu en haut et à gauche ; vomissements, urines albumineuses ; mort subite le 14 octobre.

Autopsie : Le bord droit du foie est adhérent à la paroi abdominale. Entre la face supérieure du foie et le diaphragme, il existe à droite une cavité contenant du pus ; à gauche il en existe une autre énorme contenant de l'air et s'étendant jusqu'à l'estomac où existe une perforation de la grande courbure. 100 grammes de liquide citrin dans la cavité pleurale gauche. Pas de perforation du diaphragme, qui est refoulé vers la cavité thoracique et aminci.

OBSERVATION IX. — (In thèse DESCHAMPS). *Rupture de la vésicule biliaire péri-hépatite purulente, pleurésie purulente secondaire*.

La nommée Pl... Louise, 31 ans, chemisière, entre le 20 janvier 1884 à l'hôpital Saint-Antoine, dans le service de M. le D^r Landrieux.

Tousse depuis 2 ans sans avoir jamais eu d'hémoptysie, maigrit depuis 6 mois, sueurs abondantes la nuit, alternatives de diarrhée et de constipation. Soignée pendant 5 semaines en décembre dans le service du D^r Gouraud pour un fort rhume. Déjà à ce moment, douleur au-devant de la poitrine du côté droit, se propageant dans le bras correspondant, mal localisée, mal définie et s'étendant aussi dans la région hépatique. Jamais de colique hépatique bien caracté-

risée, mais parfois coliques intestinales avec diarrhée ; jamais d'ictère.

Le 17 janvier, 3 jours avant son entrée à l'hôpital, la malade est prise brusquement de frissons répétés, d'étouffements, de douleurs abdominales vives, et d'une douleur mal délimitée occupant la région antéro-latérale droite du thorax.

Etat actuel : femme petite, maigre pâle, misère physiologique.

L'abdomen est énormément ballonné, sonore dans toutes ses parties. même déclives ; la matité du foie a une étendue normale, la douleur à la pression est vive, sourde pendant le repos, mais persistante et assez accusée dans l'hypochondre droit.

Menstruation régulière ; au toucher vaginal, le doigt pénètre bien dans le cul-de-sac latéral droit, les autres sont pleins, tuméfiés, mous, non fluctuants. Le col est dur, l'utérus immobile et douloureux.

Toux pas très fréquente réveillant la douleur abdominale ; pas d'expectoration, pas d'hypocratisme des doigts, respiration fréquente, matité et abolition des vibrations vocales en arrière et à droite dans la moitié inférieure du thorax, en avant dans le tiers inférieur du même côté.

Souffle, égophonie dans les mêmes régions, peu de chose aux sommets. Respiration puérile à gauche, pas d'œdème thoracique.

Rien au cœur, œdème périmaléolaire peu accusé. Pouls, 120, petit, filiforme, dépressible. Langue blanche, sale, pas de vomissements, diarrhée abondante, fluide, sans aspect particulier. Température élevée, 39. Facies tiré, amaigri, yeux excavés et brillants, nez affilé, lèvres fines, aspect péritonique.

26 janvier. — Ventre un peu moins ballonné, même état local de la plèvre droite et de la région hépatique, sommeil assez bon, sueurs profuses, diarrhée abondante, état général grave. La température irrégulière avec rémission matinale, varie de 39 à 40 ; le pouls reste aux environs de 120, 36 à 44 respirations à la minute.

27. — La malade se plaint peu, semble moins souffrir mais l'état est très sérieux.

30. — L'épanchement pleural a augmenté R. 36, P. 420 T. 39,2.
Râles de bronchite en avant aux deux sommets.

1^{er} février. — Râle trachéal, sueurs, diarrhée coliquative.

Mort le 2 février au matin.

Autopsie: un litre à un litre et demi de pus séreux dans la plèvre droite, fausses membranes peu épaisses, floconneuses par place tapissant la plèvre pariétale et viscérale. Poumon droit adhérent au sommet et en avant, ratatiné, comprimé, atelectasié dans le reste de son étendue; un fragment de son tissu tombe au fond de l'eau. Poumon gauche normal. Deux petits tubercules calcifiés au sommet, un ganglion trachéal calcifié. Le diaphragme remonte jusqu'à la 4^e côte à droite.

A l'ouverture de l'abdomen, on constate d'abord que l'épiploon est remonté et adhérent au foie sur une portion du bord tranchant de ce viscère. Sur la partie latérale droite de l'abdomen, le côlon et la masse intestinale sont humectés par un liquide séro-purulent peu abondant, et adhérents entre eux et avec la paroi abdominale.

En examinant la région hépatique, on aperçoit l'ouverture d'une vaste collection purulente située entre le diaphragme et la face convexe du foie, la main s'y enfonce tout entière et ne peut en atteindre les limites postérieures. La paroi de cette poche est donc formée par le diaphragme et le foie; mais ces organes sont tapissés par une pseudo-membrane d'un gris sale, villeuse, sanieuse. Le liquide contenu dans cet abcès est extrêmement fétide, rouge foncé, contenant des hématies en grand nombre et du pus en notable quantité. A droite l'abcès ne s'insinue pas entre la paroi costale et l'extrémité du foie; de même le lobe gauche n'est nullement en rapport avec le foyer.

Au moment d'extraire le foie, on découvre au-dessous de lui une deuxième collection purulente, communiquant largement avec la première, en contournant le bord postérieur de la glande. Ce 2^e foyer est plus vaste que le premier, occupe toute la face inférieure du foie, limité en arrière et en bas par le tissu périnéphrétique, qui est malade, infiltré de pus, mais non de pus collectionné.

OBSERVATION X. — *Abcès entre le foie et le diaphragme contenant de l'air* (G. EISENLOHR, *Berlin. Klin. Wochens.*, p. 539).

Jeune femme de 24 ans, presque dans le collapsus au moment de son entrée à l'hôpital. On a pu cependant savoir qu'elle souffrait depuis longtemps de douleurs à l'épigastre et qu'elle était atteinte depuis 3 semaines de péritonite diffuse.

Signes de péricardite et de pleurésie gauche avec râles sous-crépitaux, isochrones aux mouvements du cœur et du poumon dans la région postéro-inférieure du thorax.

Vomissements, délire, mort le lendemain.

Autopsie : Péritonite diffuse, nombreuses adhérences des anses intestinales entre elles. Infiltrations semblables le long du cœcum et du côlon ascendant jusqu'au-dessus du foie. Entre la partie supérieure du foie et le diaphragme une cavité remplie de pus verdâtre, d'odeur infecte et de gaz, communiquant par une perforation de la paroi postérieure de ce dernier.

Contrairement à ce que l'on avait cru constater pendant la vie, la plèvre et le péricarde sont sains.

OBSERVATION XI. — *Abcès sous-phrénique*. (JAFFÉ, *Deutsch. méd. Woch.*, n° 16, 1881).

Homme de 30 ans ; depuis 3 semaines fortes douleurs de ventre ; depuis 8 jours gonflement douloureux dans le côté droit de l'abdomen. Sujet tout à fait abattu, pâle, avec une température légèrement élevée et un pouls petit, fréquent. Dans la région iléo-cœcale, peau rouge et tendue, le doigt reste imprimé, l'œdème se continue jusqu'au bord des côtes ; profondément et à droite gonflement tendu, légèrement fluctuant, très douloureux. L'exploration du thorax à gauche ne révèle rien d'anormal. À droite, matité jusqu'à la moitié de l'omoplate ; au sommet, respiration bronchique avec râles sous-crépitaux, en avant son clair jusqu'à la 5^e côte, un peu tympanique au-dessus.

Diagnostic : Pérityphlite, perforation du diaphragme avec pénétration du pus dans la plèvre. Incision abdominale de 12 centimètres, issue de 1 kilog. de pus fluide, d'une odeur fade. L'incision conduit à une cavité s'étendant jusqu'au bord du foie : mais on ne peut constater si le pus du thorax se vide par l'évacuation de l'abcès abdominal. Drainage de la plaie, pansement antiseptique.

Deux jours après, ouverture de l'abcès thoracique, incision dans le 7^e espace intercostal sur la ligne axillaire, issue de 1 litre de pus fétide. Drainage et pansement antiseptique.

Bientôt délire d'inanition et mort 9 jours après la première opération.

Autopsie : Abcès péricœcal, survenu à la suite d'une perforation de l'appendice vermiforme. Au-dessus du foie, cavité pouvant contenir une tête d'enfant, remplie de pus, ne communiquant pas avec l'abcès péricœcal, limitée en haut par le diaphragme, à gauche par le ligament suspenseur du foie, remontant jusqu'au bord supérieur de la 6^e côte et menant à l'incision faite dans la ligne axillaire. Pas d'exsudation dans la cavité abdominale, mais des adhérences péritonéales entre les anses intestinales avoisinant l'abcès.

OBSERVATION XII. — *Péri-hépatite suppurée primitive avec formation d'un énorme abcès fétide situé entre la face inférieure du diaphragme et la face supérieure du foie et ayant donné lieu à tous les signes d'un hydropneumothorax*, par le D^r RIGAL, agrégé à la Faculté, médecin des hôpitaux (*Bul. Soc. méd. des hôp.*, 1874).

Homme de 50 ans, d'une bonne santé habituelle ; fièvre typhoïde à 22 ans, douleurs rhumatismales disséminées dans les muscles et les articulations, surdité très prononcée.

Début brusque et sans cause appréciable par des phénomènes de catarrhe intestinal, coliques et diarrhée auxquels succèdent au bout de 24 heures un frisson de la dyspnée et une douleur vive dans l'hypochondre gauche ; cette douleur gagne bientôt l'épigastre et s'y localise.

Le 18 juin, au moment de l'entrée à l'hôpital, 4^e jour de la mala-

die, signes d'une affection aiguë de l'appareil respiratoire, facies anxieux, toux et dyspnée, cyanose légère des lèvres, des pommettes et des extrémités, fièvre bien marquée, 90 pulsations et 39° ; râles muqueux, fins, disséminés dans les deux poumons, prédominants aux bases ; légère respiration soufflante dans la fosse sous-épineuse droite, Expectoration muqueuse, crachats peu adhérents. A la pointe du cœur, bruit de souffle très doux et très léger.

Douleur très vive au niveau de l'épigastre, principalement dans la moitié droite de cette région exaspérée par la pression, ne s'irradiant ni dans les hypochondres, ni dans l'abdomen.

Aucune sensibilité douloureuse, ni sur le trajet du nerf phrénique ni au-dessous du bord costal.

Diagnostic : foyer de pneumonie centrale dans le poumon droit, bronchite aiguë et congestion pulmonaire, périhépatite possible, ventouses scarifiées. Potion de Todd.

Pendant 10 jours l'état général reste à peu près le même : la température se maintient entre 38° 2 et 38° 5 : le pouls varie entre 80 et 90 pulsations ; les forces diminuent mais avec une grande lenteur ; alimentation très imparfaite, quelques potages seulement ; anorexie, pas de diarrhée, tendance à la constipation.

Dans la fosse sous-épineuse droite, le 6^e jour, souffle plus accusé, matité plus prononcée ; le 8^e jour, souffle mélangé de râles sous-crépitants qui disparaissent vers le 11^e jour.

Cette évolution confirme le diagnostic de pneumonie centrale très circonscrite, porté le jour de l'entrée.

Les signes de bronchite aiguë généralisée persistent sans beaucoup de changement, l'expectoration reste toujours muqueuse, les crachats ne sont pas visqueux.

Pendant cette période de 10 jours, dyspnée et cyanose hors de proportions avec les phénomènes thoraciques constatés par la percussion et l'auscultation ; le 10^e jour, bruit du frottement double indiquant une péricardite sèche.

Pendant ce même temps, douleur épigastrique très violente s'irradiant parfois dans l'hypochondre gauche, tuméfaction épigastrique

notable, tympanique, s'étendant aux hypochondres, qui sont comme déjetés en dehors.

Toute la base de la poitrine est distendue, dilatée, cependant le volume du foie est normal ; cet organe débordé d'un travers de doigt le rebord costal ; mais sa ligne de matité supérieure commence seulement à 3 travers de doigt au-dessus du mamelon. Partout la percussion accuse une sonorité très marquée, partout on entend le murmure respiratoire. On émet l'hypothèse d'une pleurésie diaphragmatique avec épanchement abondant.

Le 30 juin, 46^e jour de la maladie, pour la première fois, respiration amphorique bien nette au niveau de l'angle de l'omoplate, à la partie la plus inférieure du creux axillaire.

Le lendemain ce phénomène est plus accusé, tintement métallique, bruit de flot pour la succussion hypocratique, on diagnostique un hydropneumothorax situé entre le diaphragme et la face inférieure du poumon adhérent à la paroi costale.

Les jours suivants, affaiblissement graduel, fièvre continue, 38°4 ; sueurs abondantes, ni diarrhée ni vomissements, ni ictère.

Le 5 juillet, 20^e jour de la maladie au niveau de l'épigastre, paroi abdominale indurée, fluctuation profonde, sonorité dans le décubitus horizontal faisant place à une matité bien nette quand le malade est assis.

En présence de ces signes d'une collection liquide on fait une ponction au centre de la moitié droite de l'épigastre avec l'appareil Potain et on retire 750 grammes d'un pus grisâtre, mallié, très fétide ; la pointe du trocart joue librement dans une vaste cavité.

Application de caustique de Vienne, dans la soirée nouvelle application ; le lendemain 6 juillet on fend l'eschare et on pénètre dans une large cavité d'où s'écoule une grande quantité de pus fétide mêlé de gaz (au moins un litre), à travers l'ouverture, on reconnaît la face convexe du foie, on peut parcourir avec le doigt une partie de la face inférieure du diaphragme et sentir à travers le centre phrénique le cœur battre dans la main. Lavages répétés avec de l'eau alcoolisée. L'état général s'aggrave de plus en plus, 128 pulsations, respiration

anxieuse, sueurs profuses, subdélirium ; la mort survient le 7 juillet.

Autopsie : pleurésie sèche à droite, généralisée, plèvres unies par des adhérences molles, de formation récente.

Poumon droit fortement congestionné, un peu friable, lisse à la coupe.

Congestion notable du lobe inférieur du poumon gauche.

Dans le péricarde, lésions d'une péricardite fibrineuse intense, sans épanchement.

Cœur un peu volumineux ; valvules saines et suffisantes.

Face antérieure de l'estomac fortement adhérente à la paroi abdominale ; ce viscère adhère aussi au foie qui lui-même est uni à la paroi abdominale par des adhérences très solides. Il résulte de ces adhérences une vaste cavité formée en haut par la face inférieure du diaphragme, en bas par la face convexe du foie dans toute son étendue et par une partie antérieure de l'estomac. Cette cavité, qui a été le siège de phlegmasie suppurée dont nous venons de rapporter l'histoire, s'étend d'un hypochondre à l'autre, et renferme encore une certaine quantité de pus fétide. A son niveau, capsule de Glisson légèrement épaissie et parsemée de petites granulations constituées par une néoplasie conjonctive.

Sur la muqueuse stomacale, un peu au-dessus de la grande courbure, sur la paroi postérieure et à 4 centimètres du pylore, on voit deux cicatrices plissées, anciennes, l'une arrondie, l'autre allongée d'une étendue d'une pièce de 1 franc ; ces cicatrices ont succédé à des ulcères de l'estomac d'ancienne date.

Foie sain.

OBSERVATION XIV.— *Faux pneumothorax* (Docteur PFUHL, *Wirchow's Jahresb.*, 1877) in Prof. JACCOUD, cl. Pitié, 1885, p. 222.

Une jeune fille de 23 ans présente des signes d'une pleurésie droite accompagnée de douleurs très vives ; il y a du tympanisme depuis la clavicule jusqu'à la 6^e côte ; à partir de la matité absolue. La respiration est sensiblement normale depuis la clavicule jusqu'à la 5^e côte.

On constate en outre une légère voussure de l'hypochondre droit et la matité thoracique inférieure se prolonge jusqu'au niveau de l'ombilic où l'on sent nettement le bord libre du foie. La pointe du cœur bat dans le 4^e espace intercostal sur la ligne axillaire antérieure.

Le lendemain, phénomènes métalliques, respiration amphorique, succussion dans la légion inférieure ; on admet un pneumothorax. Le jour suivant une ponction est pratiquée dans le 5^e espace intercostal avec l'appareil de Potain muni d'un manomètre. Après l'évacuation d'un pus d'abord ténu, puis crémeux, très fétide, le cœur reprend sa position normale ; l'intensité de la dyspnée et des douleurs obligent d'arrêter l'écoulement. Dix minutes après la malade meurt.

A l'autopsie on trouve un sac purulent de la grosseur d'une tête d'enfant, limité en haut par le diaphragme, à gauche par le ligament suspenseur, en bas par la surface supérieure du lobe droit du foie, en dehors et en avant par des adhérences avec la paroi abdominale et le duodénum. Dans ce dernier, à 3 centimètres du pylore, une ouverture ovale à peu près de la grandeur d'une pièce de 20 centimes. Le poumon droit est totalement adhérent par sa base au diaphragme. Par l'insufflation l'air pénètre dans le milieu de ces adhérences, ce qui démontre une communication entre les voies de l'air et le sac purulent. Le gaz et le pus n'étaient donc au-dessus, mais au-dessous du diaphragme fortement repoussé en haut dans le thorax. Le poumon est sain, sauf une petite partie nécrosée dans le voisinage de l'ouverture de communication et le refoulement par compression. Dans l'estomac, plusieurs ulcérations en voie de cicatrisation.

CONCLUSIONS

1° Le pneumothorax ou pyopneumothorax partiel inférieur est une affection rare qui emprunte une symptomatologie spéciale au diaphragme qui lui sert de limite inférieure.

2° Il importe donc de le distinguer de toutes les maladies inflammatoires ou purulentes de la région diaphragmatique.

3° Le diagnostic le plus difficile et le plus important doit être fait :

a) Avec le faux pneumothorax ou abcès sous-phrénique de Debove qui n'est autre chose qu'une affection abdominale à symptômes pleuraux.

b) Avec certaines péritonites péri-diaphragmatiques car le pyopneumothorax partiel inférieur peut présenter des symptômes péritonéaux tout comme les abcès sous-phréniques peuvent donner naissance à des symptômes pleuraux.

4° L'observation qui fait le sujet de ce travail nous autorise à décrire parmi les pneumothorax partiels inférieurs une variété qui ne nous semble pas avoir encore été décrite et qui emprunte sa physionomie particulière à son voisinage avec la cavité abdominale.

Nous l'appellerons, avec le Professeur Dieulafoy, pneu-

mothorax partiel inférieur ou abdominal à symptômes pleuropéritonéaux.

5° Le diagnostic offre un double intérêt, clinique d'abord, puis pronostic, car la gravité de l'affection qui nous occupe est beaucoup moindre que celle des affections similaires de la région.

Vu :

Le Doyen,
BROUARDEL.

Vu :

Le Président de la thèse,
DIEULAFOY.

Vu et permis d'imprimer :

Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris,
GRÉARD.

Imp. G. Saint-Aubin et Thevenot, Saint-Dizier, (Haute-Marne), 30, Passage Verdeau, Paris.
